

(3) B

(Travail de la Clinique chirurgicale A.
Directeur : Professeur Sencert.)

**A propos d'un cas d'insertion sur l'appendice du ligament
cystico-duodéno-épiploïque. Appendicite,**

par M. G. FERRY.

(Communication à la Société anatomique, 14 février 1924.)

La pièce anatomique que je désire présenter et que schématise la figure ci-contre, provient d'un enfant âgé de 2 ans, mort des suites d'une péritonite appendiculaire. A son entrée à la clinique, le 2 février 1924, il présentait les signes d'une péritonite diffuse d'un état toxi-infectieux grave ; son pouls battait à 180 à la minute. Le début de l'affection remontait à 3 jours. Par une incision de Mac-Burney pratiquée sous anesthésie légère, un flot de pus, libre dans la cavité péritonéale, s'écoula aussitôt hors du ventre. N'apercevant pas le cæcum à sa place habituelle, ne percevant au doigt rien qui pût donner la sensation d'un appendice enflammé, l'état général de l'enfant étant des plus graves, je réduisis au minimum l'intervention. Deux drains furent placés dans le ventre, puis la paroi partiellement refermée. Mort six heures après.

L'AUTOPSIE, pratiquée le surlendemain, montre des lésions de péritonite diffuse. Le cæcum, normalement accolé est situé plus haut et plus près de l'axe sagittal médian du corps qu'il n'est habituel chez le jeune enfant. Il est aussi moins long. Pour ces raisons sans doute ne fût-il pas aperçu immédiatement par l'incision de Mac-Burney. Malgré l'ouverture large du ventre, l'appendice est à son tour difficilement découvert. Il ne l'est qu'après réclinaison en bas et en dedans de l'angle colique droit et du côlon ascendant. De direction verticalement ascendante, il apparaît complète-

ment recouvert de péritoine, intra-péritonéal, logé dans le sillon côlo-pariétal droit, collé au péritoine qui recouvre le bord droit du côlon. Très large (1 à 1 1/2 cent.) dans toute la hauteur de son trajet ascendant qui mesure 7 centimètres, il n'est nullement enflammé ; sa consistance normale donne sans doute la raison pour laquelle il ne put être senti à l'ex-

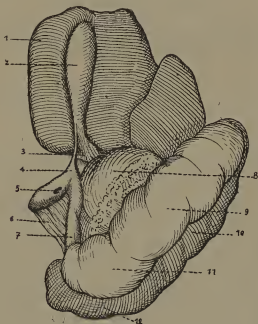


FIG 4.

1, face inférieure du foie relevé ; 2, vésicule biliaire de grandes dimensions ; 3, col de la vésicule avec (3) bord libre du ligament cystico-duodéno-épiploïque anormalement inséré en haut à la vésicule, en bas à l'appendice coudé (4) ; 5, perforation de l'appendice dans sa portion enflammée ; 6, méso-appendice ; 7, portion ascendante non enflammée de l'appendice ; 8, duodénum ; 9, côlon transverse ; 10, côlon descendant ; 12, sigmoïde ; 11, cæcum et côlon ascendant réclinés à gauche et en bas.

ploration digitale lors de l'intervention. A cette portion ascendante, dont l'extrémité supérieure gauche est fixée par un voile membraneux d'aspect, non inflammatoire, au tiers supérieur du bord droit de la seconde portion du duodénum,

fait suite, logée immédiatement sous la partie reculée de la face inférieure du lobe droit du foie, longue de 2 centimètres, obliquement dirigée de haut en bas et de gauche à droite, la portion terminale gonflée, enflammée, perforée de l'appendice. Une couture à angle aigu sépare ces deux portions. Elle est provoquée par la traction d'une bride d'aspect non inflammatoire, longue de 2 cent. $1/2$; son bord droit, libre, arrondi, mesure $1/2$ millimètre d'épaisseur environ ; son bord gauche s'amincit progressivement à mesure qu'il se rapproche du bord droit du ligament gastro-hépatique avec lequel il semble se prolonger. Fixée en bas sur une longueur de 1 centimètre environ à la face convexe du coude de l'appendice, cette bride est fixée en haut sur 2 centimètres environ d'étendue, à la face inférieure du col de la vésicule biliaire.

Cette disposition particulière est-elle le fait d'une lésion inflammatoire ancienne, comme se le demandait le professeur Ancel qui vit la pièce ? Je ne le pense pas, cet enfant n'ayant dans ses antécédents aucun passé abdominal. Elle me paraît plutôt réaliser le type d'une anomalie extrêmement rare, nulle part relatée, jamais rencontrée lors de leurs recherches cadavériques par mes maîtres Ancel et Sencert, d'une insertion à l'appendice haut situé du ligament cystico-duodéno-épiploïque décrit par ces auteurs. Le schéma ci-contre représente parfaitement cette disposition.

Cette malformation eût suscité, assurément, même au cours d'une appendicectomie à froid, certaines difficultés opératoires. Nous ne ferons que les envisager. Le but de cette note est d'attirer l'attention sur cette insertion anormale du ligament cystico-duodéno-épiploïque à la partie distale d'un appendice ascendant. !

L'intérêt anatomique et clinique de ces constatations nous a paru mériter leur relation.